



Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

Bacheloroppgave

Ryggmargsskade og mestring

Spinal cord injury and self-efficacy

Innleveringsdato: 03.06.2020

Emnekode: HSYK3003

Kandidatnummer: 10007

Antall ord: 8253

Sammendrag

Tittel: Ryggmargsskade og mestring.

Problemstilling: *«Hvordan kan sykepleier fremme mestring hos pasienter med ryggmargsskade?»*

Hensikt: Hensikten med oppgaven er å få bedre innsikt i hvordan sykepleier kan bidra til å fremme mestring hos pasienter med ryggmargsskade. Dette ved å diskutere hva mestring betyr for ryggmargsskadde og sykepleiers bidrag.

Metode: Systematisk litteraturstudie hvor både kvalitativ og kvantitativ forskning er inkludert. Ved å samle, vurdere og analysere forskningsbasert kunnskap og pensumlitteratur søker oppgaven å finne svar på problemstillingen.

Konklusjon: Pasienter med ryggmargsskade er en kompleks og sammensatt pasientgruppe som må lære seg å mestre en ny tilværelse som skadet. Sykepleien til pasientgruppen må forsøke å dekke grunnleggende behov gjennom helsefremmende, forebyggende, behandlende og rehabiliterende sykepleietiltak. Sykepleiere er viktige bidragsytere i pasientenes mestringsarbeid, og ved å bistå pasientene til å nå mål, gjenvinne funksjon og selvstendighet, kan sykepleiere fremme pasientenes opplevelse av mestring.

Abstract

Title: Spinal cord injury and self-efficacy

Research question: «*How can nurses promote self-efficacy in patients with spinal cord injury?*»

Aim: To gain insight in how nurses can contribute to promote self-efficacy in patients with spinal cord injury. This by discussing the meaning of self-efficacy in spinal cord injured patients and the nurses contributions.

Method: A systematic literature review, applying both qualitative and quantitative research. By gathering, evaluate and analyze research-based knowledge and syllabus, this paper aims to find answers to the research question.

Conclusion: Spinal cord injured patients presents a complex group of patients, who need to learn how to master a new existence as injured. The nursing provided for this group of patients must try to meet basic needs trough health-promoting, preventive, treating and rehabilitative nursing measures. Nurses are importante contributors in patients coping efforts, and by assisting patients to reach goals, regain function and independence, nurses can promote patients experience of self-efficacy.

Innhold

Tabeller	v
1. Innledning.....	6
1.1. Introduksjon av tema	6
1.2. Bakgrunn for valg av tema	6
1.3. Problemstilling	7
1.4. Definisjon av problemstillingens sentrale begrep	7
1.4.1. Mestring.....	7
1.4.2. Ryggmargsskade.....	7
1.5. Avgrensning og presisering av problemstillingen	7
1.6. Oppgavens oppbygning	8
2. Metode	9
2.1. Valgt metode	9
2.2. Vitenskapelig tilnærming	9
2.3. Valg av litteratur	9
2.4. Søketabell	10
2.5. Kildekritikk	11
3. Empiri.....	12
3.1. Artikkelmatrikse.....	12
3.2. Sammenfattet empiri	18
4. Teori.....	20
4.1. Teori som beskriver pasientgruppens situasjon	20
4.1.1. Ryggmargsskade.....	20
4.1.2. Mestring.....	21
4.2. Teori som belyser sykepleie i oppgaven.....	23
4.2.1. Patricia Benner og Judith Wrubel	23
5. Diskusjon	24
5.1. Innledning	24
5.2. Hva betyr mestring for personer med ryggmargsskade	24
5.3. Sykepleiers bidrag til mestring	26
6. Konklusjon	29
Referanser.....	30

Tabeller

Tabell 2.1 Søketablell.....	10
Tabell 3.1 Artikkelmatrise.....	12

1. Innledning

1.1. Introduksjon av tema

Landsforeningen for ryggmargsskade (LARS) anslår at det er mellom 4500 og 5000 personer som lever med ryggmargsskade i Norge, og at det forekommer 100-200 nye tilfeller hvert år, enten som følge av traume eller sykdom (LARS, 2012). Når en person blir ryggmargsskadet, fører det til store omveltninger i alle aspekter av livet. Pasientene blir påvirket både fysisk, psykisk og sosialt av skaden, og de kan få videre helseproblemer og sekundærkomplikasjoner hele livet. Ved førstegangsinnleggelse på sykehus får pasientene tverrfaglige team, som skal samarbeide med pasienten gjennom rehabiliteringen, for å gjenvinne funksjon og å skape best mulig livskvalitet. Her gjelder det å gjøre pasientene så selvstendig som mulig, slik at de kan ta ansvar for seg selv, og være forberedt på hverdagslivet og utfordringer de kan møte etter utskrivelse. Ryggmargsskade må tilpasses en ny normalitet, et endret funksjonsnivå og en annen tilværelse (LARS, 2012).

Mestring er en dynamisk prosess, den er individuell og følger ikke et fast mønster. Det omhandler hvordan man forholder seg til belastninger og endringer, både i hverdagen og i krisesituasjoner. Sykepleiere arbeider stadig med pasienter som i en eller annen grad kan ha behov for hjelp til mestring. Mestringsarbeid er noe pasientene må utføre selv, mens sykepleier har en medvirkende rolle til at pasienten lykkes. Ettersom mestring og motivasjon er tett sammenknyttet, må sykepleiere også utøve god kommunikasjon for å kunne stimulere pasientenes motivasjon til mestring (Eide & Eide, 2017, s. 48).

1.2. Bakgrunn for valg av tema

I løpet av sykepleierutdanningen fikk jeg praksisplass ved en fysikalsk medisinsk avdeling for ryggmargsskade, hvor jeg har blitt værende siden. På spinalenheten møter sykepleiere pasienter i alle aldre og på forskjellige stadier i livet, som brått har blitt revet ut av sin normale hverdag. Hvert pasienttilfelle presenterer et unikt behov for pleie og oppfølging, basert på skadeomfang, funksjon og individ. Ved førstegangsinnleggelse kan pasientene være på sykehuset i flere måneder, og etter utskrivelse får de livslang oppfølging ved spinalenheten. Dette gjør at sykepleierne blir godt kjent med pasientene, og får mulighet til å følge utviklingen deres, både på godt og vondt. Nettopp dette har jeg fått erfare; oppturer og nedturer hos pasienter som nylig har pådratt seg ryggmargsskade, pasienter som har levd med skaden fra noen få år til et helt liv, og hvordan alle har måttet prøve å mestre det å komme seg tilbake til hverdagslivet. Derfor ønsker jeg å bruke denne oppgaven til å se på mestring hos ryggmargsskade, og å belyse hvilken rolle mestring har for disse personene. Sykepleierutdanningen fremmer et holistisk menneskesyn, noe som absolutt er viktig i pleie til pasienter med ryggmargsskade. Sykepleiere er de eneste som er rundt pasientene hele tiden, både på dag, kveld og natt. De er med pasientene i alle mulige situasjoner, vet hvilke planer og mål hver enkelt pasient har og er alltid tilgjengelige for pasientene. Derfor er det viktig at sykepleiere legger vekt på mestring til denne pasientgruppen, fordi sykepleiere har stor mulighet til å bidra til pasientenes mestringsarbeid.

1.3. Problemstilling

«Hvordan kan sykepleier fremme mestring hos pasienter med ryggmargsskade?»

1.4. Definisjon av problemstillingens sentrale begrep

1.4.1. Mestring

«Mestring innebærer strategier for å beherske, tolerere og redusere ytre eller indre påkjenninger og følger av slike påkjenninger. Slike mestringsstrategier er altså personlige og kan være mer eller mindre hensiktsmessige med tanke på ivaretagelse av egen helse» (Eide & Eide, 2017, s. 48).

1.4.2. Ryggmargsskade

Når en ryggmargsskade inntreffer, ødelegges eller forstyrres nerveforbindelser mellom sentralnervesystemet og ryggmargen, som resulterer i varierende grad av lammelse og sensibilitetstap nedenfor skadestedet, samt tap av naturlige funksjoner (Hjeltnes, 2015, s. 523-524).

1.5. Avgrensning og presisering av problemstillingen

Denne oppgaven tar for seg mestring hos pasienter med ryggmargsskade generelt, i stedet for å avgrense etter skadeomfang, alder eller antall år levd med skaden. Begrunnelsen for dette er at pasientgruppen er svært sammensatt og kompleks, hver pasient har ulikt utgangspunkt, skader, plager og behov for rehabilitering, men felles er at alle trenger å lære seg å mestre nye situasjoner, hendelser og et liv som ryggmargsskadd (LARS, 2012). En pasient med ryggmargsskade vil møte utfordringer på sykehuset ved førstegangsinnleggelse og hjemme etter utskrivelse. Med denne oppgaven ønsker jeg å belyse at mestring er noe ryggmargsskadede trenger å oppleve hele livet. Jeg kommer også til å trekke inn noen sekundærkomplikasjoner til ryggmargsskade, blant annet trykksår, som kan være en negativ faktor for mestring.

Oppgaven tar utgangspunkt i at møtet mellom pasient og sykepleier skjer på sykehus på en spinalenhet. Dette er fordi det er her pasientene først legges inn for rehabilitering, samt får livslang oppfølging etter skaden. I oppgaven brukes både begrepene pasient og person om den ryggmargsskadede.

I kapittel 1.4. presenteres sentrale begrep i problemstillingen. Jeg har valgt å benytte kapittelet i Aktivitetshåndboken (2015) om ryggmargsskade for å forklare dette begrepet, da det er skrevet av Hjeltnes som er avdelingsoverlege/sjeflege ved en av de tre spinalenhetene i Norge.

Sykepleieteori fra Patricia Benner og Judith Wrubel (2011) ble brukt for å belyse sykepleie i oppgaven. Deres tolkninger av blant annet sykepleieren, pasienten og mestring er aspekter som er trukket inn i oppgaven.

I lys av at landet i skrivende stund er sterkt påvirket av Covid-19, med karantener, nedstenging og alt det innebærer, kan oppgaven bære preg av at tilgangen på litteratur er begrenset.

1.6. Oppgavens oppbygning

I kapittel to beskrives valgt metode, vitenskapelig tilnærming, fremstilling av valgt litteratur, søkehistorikk presentert i søketabell og kildekritikk. I kapittel tre presenteres de valgte forskningsartiklene i en artikkelmatrise, samt fremstilt i en sammenfattet empiri. Kapittel fire tar for seg oppgavens teori og legger grunnlaget for den teoretiske referanserammen i oppgaven, for å belyse pasientgruppens situasjon og sykepleie. Her presenteres teori som beskriver ryggmargsskade og mestring, samt aspekter fra sykepleieteoretikerne Benner og Wrubel (2011). Diskusjonen legges frem i kapittel fem, hvor forskning og litteratur blir diskutert for å belyse pasientgruppens situasjon og sykepleiefenomenet. Kapittel seks vil oppsummere sentrale poeng i oppgaven og funn fra diskusjonen, for å forsøke å gi en besvarelse på problemstillingen.

2. Metode

Når Dalland (2013) beskriver hva metode er, henviser han til sosiologen Vilhelm Aubert, som forklarer at det er en fremgangsmåte for å kunne løse problemer og finne ny kunnskap. Alt som tjener det formålet, havner inn under begrepet metode (Dalland, 2013, s. 111).

2.1. Valgt metode

Den valgte metoden for denne oppgaven er systematisk litteraturstudie. Ved en slik studie systematiserer man kunnskap ved å søke, samle, vurdere, analysere og sammenfatte den, slik at den hjelper til med å besvare en presisert problemstilling. En litteraturstudie bygger på materialer fra kunnskap som allerede eksisterer, og som presenteres i artikler (Støren, 2013, s. 17).

2.2. Vitenskapelig tilnærming

Utvalget av forskningsartikler i oppgaven består av artikler som har brukt både kvantitative og kvalitative metoder, fordi begge bidrar til å øke forståelse på hver sin måte. Artiklene i oppgaven representerer i hovedsak pasienter med ryggmargsskade, men også sykepleiere og pårørende. En kvantitativ orientert metode sikter på bredde, og søker etter lite opplysninger fra mange opponenter, for å komme frem til noe som er representativt for gjennomsnittet. Fordelen er at svarene er målbare. En kvalitativ orientert metode går i dybden, og søker etter mange opplysninger fra få opponenter, for å komme frem til det som er særegent og spesielt for feltet. Fordelen med denne metoden er at den kan få frem svar som ikke kan måles eller tallfestes (Dalland, 2013, s. 112-113).

2.3. Valg av litteratur

Oppgaven baserer seg på et utvalg av litteratur, i hovedsak oppgitt pensumlitteratur fra NTNU sin sykepleierutdanning. Som et resultat av Covid-19, med stengte bibliotek, har jeg brukt nasjonalbiblioteket sine hjemmesider for å finne litteratur utover de bøkene jeg hadde hjemme fra før. Litteraturen som er benyttet i oppgaven er et resultat av hva som har vært tilgjengelig under skriveprosessen, og som jeg har funnet relevant for min problemstilling.

Aspekter ved Benner & Wrubel (2011) sin omsorgsteori som omhandler sykepleie, pasienter og mestring ble benyttet for å belyse sykepleieteori i oppgaven.

Forskningsartiklene som er benyttet i oppgaven er funnet gjennom systematiske utførte søk, og er presentert i tabell med databaser, søkeord og funn nevnt i kapittel 2.4. SAGE journals og Cinahl er databasene jeg valgte å benytte, fordi det var der jeg fikk opp mest relevante treff når jeg utførte mine søk. Søkeordene som ble brukt var «spinal cord injury», «nurse», «self management» og «self-efficacy», enten alene eller kombinert med hverandre. De ble valgt på bakgrunn av problemstillingen og ut ifra hva jeg anså som mest relevant i forhold til oppgavens tema. Avgrensingen på artikler som ikke går lengre tilbake enn 2010, ble kun gjort i søk 2 og søk 3 på SAGE journals for å kunne finne nyere forskning

innenfor tematikken. Dette var ikke nødvendig i Cinahl, da det var flere artikler innenfor søkeordene som var både fra nyere tid og aktuelle.

Inklusjonskriterier til artiklene har vært at de har omhandlet mestring eller elementer som kan bidra til mestring, at de baserer seg på ryggmargsskade generelt, at de er så nye som mulig eller fortsatt aktuell for dagens pasienter, og at de er skrevet med en slik vinkling at de kan anvendes i sykepleie. Eksklusjonskriterier har vært artikler skrevet for andre fagområder, artikler som har inkludert personer med ryggmargsskade som har hatt psykiske sykdommer eller fått påvist hodeskade og artikler som har utført studien i land hvor helsevesenet er svært ulikt Norge.

2.4. Søketabell

Tabell 2.1 Søketabell

Database	Dato	Søk	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Valgte artikler
SAGE journals	28.04.20	S1.	(«Spinal cord injury»)		15 716	2 (A, B)
		S2.	(«Nurse»)	År 2010-2020	83 606	
		S3.	(«S1 AND S2»)	År 2010-2020	1313	1 (C)
		S4.	(«S1 AND Self-management»)		3508	
Cinahl	28.04.20	S1.	(«Spinal cord injury»)		24 296	
		S2.	(«Self-efficacy»)		32 013	
		S3.	(«Nurse»)		512 911	
		S4.	(«S1 AND S2»)		231	4 (D, E, F, G)
		S5.	(«S1 AND S3»)		698	1 (H)

Inkluderte artikler:

- A. Burrige, J., Dibb, B., Donovan-Hall, M., Ellis-Hill, C. & Rushton, D. (2013). Exploring positive adjustment in people with spinal cord injury. *Journal of Health Psychology*, 19(8.), 1043-1054.
- B. DeSanto-Madeya, S. (2006). The meaning of living with spinal cord injury 5 to 10 years after the injury. *Western Journal of Nursing Research*, 28(3.), 265-289.
- C. Beilby, J., Byrnes, M., Ker, J., McLennan, R., Ray, P. & Chung, S. (2012). Patient-focused goal planning process and outcome after spinal cord injury rehabilitation: quantitative and qualitative audit. *Clinical Rehabilitation*, 26(12.), 1141-1149.
- D. Goodridge, D., Linassi, G., Nickel, D., Rogers, M. R. & Rohatinsky, N. (2017). Shifting the balance: conceptualising empowerment in individuals with spinal cord injury. *Health and Social Care*, 25(2.), 769-779.
- E. Adriaansen, J. J. E., Cijssouw, A., Dijkstra, C. A., Groot, S. D., Linden, S. V., Post, M. W. M. & Tepper, M. (2016). Associations between disability-management self-

efficacy, participation and life satisfaction in people with long-standing spinal cord injury. *Spinal Cord*, 55, 47-51.

- F. Etingen, B., Hill, J. N., LaVela, S. L. & Miskevics, S. (2017). Correlates of self-reported physical function in individuals with spinal cord injuries and disorders: does self-efficacy matter? *Spinal Cord*, 55, 1096-1102.
- G. Craig, A., Guest, R., Middleton, J. & Tran, Y. (2019). Trajectories of self-efficacy and depressed mood and their relationship in the first 12 months following spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 100(3.), 441-447.
- H. Bibi, S., McLiesh, P. & Rasmussen, P. (2018). The lived experience: Nurses' experience of caring for patients with a traumatic spinal cord injury. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, 30, 31-38.

2.5. Kildekritikk

Kildekritikk og vurdering av de skriftlige kildene er det metodiske redskapet som blir brukt når man skal karakterisere og validere kildene som benyttes i litterære oppgaver (Dalland, 2013, s. 72). Det finnes både primærlitteratur og sekundærlitteratur. Når primærlitteraturen ikke er tilgjengelig må man ofte benytte seg av sekundærlitteratur, noe som ofte er presentert i både pensum og fagstoff. utfordringer med dette kan være at perspektivet i det man leser kan ha blitt endret gjennom oversettelse og fortolkninger utført av andre enn forfatteren (Dalland, 2013, s. 73). Hovedtyngden av litteraturen kommer fra tilgjengelige og relevante kilder fra utdanningens pensumlitteratur og anses derfor som pålitelige. Kildene har blitt valgt på bakgrunn av relevans for oppgaven.

I oppgaven ble søkemotorene Cinahl og SAGE journals benyttet for strukturerte litteratursøk for å finne frem til relevante artikler. Disse databasene er anerkjent for å publisere stoff og forskning innenfor helse- og sosialfaget, og betraktes derfor som aktuelle og pålitelige. Noen søk ble utført med en avgrensning innenfor tid for publikasjon, da det forekom en del eldre publikasjoner. Dette var for å sikre funn av relevante artikler med oppdaterte og dagsaktuelle resultater, rettet mot temaet i oppgaven. En av de valgte artiklene var 14 år gammel (DeSanto-Madeya, 2006), men ble inkludert grunnet relevans for problemstillingen, samt at resultatene fortsatt fremstår som dagsaktuelle, basert på funn fra nyere forskning.

Forskningen beskrevet i artiklene baserer seg på funn fra blant annet UK (Burridge et al., 2013), Canada (Goodridge et al., 2017), USA (Etingen et al., 2017; DeSanto-Madeya, 2006), Australia (Craig et al., 2019; Bibi et al., 2018; Beilby et al., 2012) og Nederland (Adriaansen et al., 2016), som har en tilnærmet lik standard på helsevesenet som Norge. Dette gir en mulig overførbarhet til denne pasientgruppen i Norge. I og med at artiklene er internasjonale publikasjoner, er samtlige skrevet på engelsk. Under oversettelse av studiene ble artiklene nøye gjennomgått, men det må opplyses om at feilaktige oversettelser med hull eller manglende informasjon kan forekomme.

3. Empiri

3.1. Artikkelmatrise

Tabell 3.1 Artikkelmatrise

Referanse	Hensikt, problemstilling og forsknings-spørsmål	Metode	Resultat	Kommentar og relevans for problemstilling
A) Burrige et al., 2013, Exploring positive adjustment in people with spinal cord injury.	Å forstå deltakernes perspektiv på det å leve med, og å tilpasse seg til et liv med ryggmargsskade.	Kvalitativ studie. 21 ryggmargsskade fra 4 spinalenheter (4 fokusgrupper). Deltakerne hadde ulike typer skade, funksjonsnivå, alder og tid siden skade. De fleste var menn med ryggmargsskade etter traume. Aldersspenn fra 31-67 år. Tid siden skaden oppstod var fra 1-37 år. Tematisk analyse ble brukt for å identifisere deltakernes erfaringer med å leve med en ryggmargsskade.	Resultatene identifiserte fire temaer om tilpasning til det å leve med ryggmargsskade; 1. Nå mål og å møte forventninger. 2. Å sammenligne seg selv med andre. 3. Å føle seg nyttig. 4. Aksept. Dette var positive strategier som ble brukt for realistisk målsetting og forventninger, for å unngå skuffelser. Funnene representerer deltakernes egne erfaringer rundt det å leve med en ryggmargsskade, og hva de oppfatter som hjelpsomt og ikke.	Resultatene gir innsikt i tilpasningsprosessen som en person med ryggmargsskade må gjennom.
B) DeSanto-Madeya, 2006, The meaning of living with spinal cord injury 5 to 10 years after the injury.	Hvordan det er å leve med ryggmargsskade etter skaden, fra de skadede og familienes perspektiv.	Kvalitativ studie. 20 ryggmargsskade og ett familiemedlem per skadd, med skade i 5-10 år. 15 deltagere med tetraplegi, 5 med paraplegi. Aldersspenn fra 24-55 år. 15 var menn, 13 var gift, og 14 var i jobb. Data ble innsamlet ved to	Studien resulterte i 7 temaer om hverdagslivet med en ryggmargsskade. 1. Å finne forståelse av livet, skaden, hverdag og framtid. 2. Håp og drømmer erstattes av usikkerhet, og en konstant kamp for å	Det å leve med ryggmargsskade er en kontinuerlig læringsprosess. Utfordringene forsvinner ikke når man blir skrevet ut fra sykehuset. Den skade og de pårørende

		<p>dybdeintervju. Det første intervjuet ble utført i deltakernes hjem, hvor deltaker og familiemedlemmet ble intervjuet sammen. Det andre intervjuet ble utført over telefon, og gav deltakerne mulighet til å forklare mer, gi tilleggsopplysninger, bekrefte og/eller rette opp i uttalelser.</p>	<p>prøve å gjøre det beste ut av situasjonen. 3. Hvordan man oppfatter seg selv, og hvordan andre oppfatter en, i rullestol. 4. Å leve med en ryggmargsskade utfordrer relasjoner til andre. 5. Å bli lenket til skaden, det mest frustrerende var tap av selvstendighet og frihet. 6. Å finne en ny måte å leve på, uten at skaden bestemmer over livet. 7. Å nå en ny normalitet, og sette søkelys på det de skadede klarer.</p>	<p>trenger informasjon om skaden, hva det betyr å være lam og mulige komplikasjoner i forbindelse med skaden. Å informere den skadde og familiene kan gi dem verktøy for å kunne mestre et bra liv, på tross av skaden. Det er viktig å belyse evner og styrker.</p>
<p>C) Beilby et al., 2012, Patient-focused goal planning process and outcome after spinal cord injury rehabilitation: quantitative and qualitative audit.</p>	<p>Å evaluere prosessen og utfallet av et tverrfaglig rehabiliteringsprogram innen målplanlegging på inneliggende pasienter, for å se på fysiske, sosiale og psykososiale funksjoner hos pasienter med ryggmargsskade.</p>	<p>Kvantitativ og kvalitativ studie. 100 inneliggende pasienter på en spinalenhet. 73 menn, 27 kvinner. Aldersspenn fra 18-86 år. Mellom 19-764 dager innleggelse. Ved innleggelse ble pasientenes behov kartlagt før det ble innført et spesifikt pasientfokustert tverrfaglig rehabiliteringsprogram innen målplanlegging. Ved utskrivelse skulle de fylle ut et spørreskjema, som så på tilfredshet, opplevelse og erfaringer fra pasientene.</p>	<p>Det tverrfaglige rehabiliteringsprogrammet resulterte i et effektivt rammeverk for rehabiliteringen av ryggmargsskadede. Pasientfordelene var bedret fysisk, sosial og psykososial funksjon fra starten av rehabiliteringen og frem til utskrivelse. Pasientene rapporterte bedring i fysisk, sosial og psykososial tilpasning til skaden.</p>	<p>Resultatene fremhever den kliniske fordelene ved pasientfokustert målplanlegging i rehabiliteringen av ryggmargsskadede. I tillegg understreker resultatene viktigheten av individuelt skreddersydde rehabiliteringsprogram med tverrfaglige team, for å fremme selvstendighet hos pasienten.</p>

<p>D) Goodridge et al., 2017, Shifting the balance: conceptualising empowerment in individuals with spinal cord injury.</p>	<p>Å utforske hvordan ryggmargsskade vedtok seg myndiggjøring rundt det å oppleve kraftløshet, bevisstgjøring, lære seg nye roller, initiere til deltakelse og å bidra.</p>	<p>Kvalitativ studie. 23 ryggmargsskade. 18 år eller eldre. Ble intervjuet minst 1 år etter traumatisk ryggmargsskade. Invitasjonsbrev ble sendt ut til ryggmargsskade, ut ifra et skaderegister. Intervjuet ble utført enten ansikt til ansikt eller over telefon og skulle prøve å finne en detaljert beskrivelse av myndiggjøringsprosessen for ryggmargsskade.</p>	<p>Å delta på gruppeaktiviteter med andre skadede, gav personene økt bevissthet rundt egen tilstand og lærdom om sin situasjon, ved at gruppen viste hva som var mulig å gjøre. Reintegrering og tilpasning til skaden ble assosiert med å involvere seg i produktive og sosiale aktiviteter. Ryggmargsskade opplevde både myndiggjøring og kraftløshet om hverandre, basert på kontekst av situasjon, skadeomfang og indre og ytre ressurser. Siden situasjoner og ressurser kan variere, kan individer føle myndiggjøring i en situasjon, og maktesløshet i en annen.</p>	<p>Sosiale aktiviteter med andre i samme situasjon viste seg å være positivt for å kunne tilpasse seg skaden og for å få motivasjon. Basert på skadeomfang og situasjon vil personene oppleve oppturer og nedturer om hverandre.</p>
<p>E) Adriaansen et al., 2016, Associations between disability-management self-efficacy, participation and life satisfaction in people with long-standing spinal cord injury.</p>	<p>Å undersøke mestringsfølelse og håndtering av funksjonshemming og dets korrelasjoner, blant en stor gruppe med langvarig ryggmargsskade. Forsknings-spørsmålene er; 1. Hvilket nivå av mestringsfølelse og håndtering av funksjonshemming har ryggmargsskade?</p>	<p>261 ryggmargsskade. 192 menn og 69 kvinner. Aldersspenn fra 28-65 år. De måtte ha levd med ryggmargsskade i minst 10 år. Deltakerne skulle fylle ut et skjema, for å måle mestringsfølelse og håndtering av funksjonshemming, mental helse, livskvalitet, deltakelse og omfanget av skaden. Svarene fra skjemaene ble analysert for å se om</p>	<p>Mestring og håndtering av funksjonshemming ble moderat til sterkt assosiert med deltakelse, humør og livskvalitet. Skadeomfanget hadde betydning for nivået av mestring og håndtering av funksjonshemming, da personer med mindre skadeomfang rapporterte litt høyere nivå av mestring og håndtering av funksjonshemming. Det ble funnet positive assosiasjoner mellom deltakelse, mestring og</p>	<p>Det å ha mindre omfattende funksjonsutfall etter skaden bidrar til at det er lettere å mestre situasjonen. Det å kunne delta på sosiale aktiviteter fremmet følelsen av kontroll over dagliglivet, noe som er viktig for å kunne få et godt liv.</p>

	<p>2. Er mestringsfølelse og håndtering av funksjonshemming assosiert med omfanget av skaden?</p> <p>3. Er mestringsfølelse og håndtering av funksjonshemming assosiert med deltakelse og livskvalitet, hvis disse assosiasjonene er tilpasset til omfanget av skaden og humør?</p>	<p>det fantes assosiasjoner.</p>	<p>håndtering av funksjonshemming, da dette refererer til kontroll over hverdagslivet som skadet. Studien støtter konseptet med at mestring og håndtering av funksjonshemming er en viktig faktor for deltakelse og livskvalitet for ryggmargsskadede. Mestring og håndtering av funksjonshemming anses som en psykologisk ressurs for å gjenvinne livskvalitet etter ryggmargsskade.</p>	
<p>F) Etingen, Hill, LaVela & Miskevics, 2017, Correlates of self-reported physical function in individuals with spinal cord injuries and disorders: does self-efficacy matter?</p>	<p>Å se på mestringsfølelse hos veteraner med ryggmargsskade som følge av enten traume eller sykdom, som rapporterte høy vs. lav opplevelse av fysisk funksjon.</p>	<p>896 ryggmargsskadede veteraner som hadde fått behandling ved en spinalenhet. Studien ble sendt som en undersøkelse på epost til tilfeldige veteraner. Undersøkelsen inkluderte temaer for å vurdere grunnleggende mobilitet, finmotorikk, mestringsfølelse, skadepåvirkning, omfang og når skaden oppstod.</p>	<p>Studien fant at det å bo alene og ha paraplegi ble assosiert med høy opplevelse av fysisk funksjon, og at å ha et høyere antall komorbide helseplager, symptomer og sekundærkomplikasjoner, ble assosiert med lavere opplevelse av fysisk funksjon. Lavere opplevelse av fysisk funksjon blant ryggmargsskadede er assosiert med lavere mestringsfølelse. Intervensjoner som søker å fremme og styrke fysisk funksjon, inkludert grunnleggende mobilitet og finmotorikk, kan både forbedre funksjonaliteten, som mobilitet og motorikk,</p>	<p>På tross av ryggmargsskade kan personer oppnå positive utfall, og individer trenger å bli styrket og oppmuntret til å ta grep for å støtte opp under egen helse og velvære.</p>

			og samtidig øke mestringsfølelsen.	
G) Craig, Guest, Middleton & Tran, 2019, Trajectories of self-efficacy and depressed mood and their relationship in the first 12 months following spinal cord injury.	Å se på mestringsfølelse og nedstemthet hos voksne med ryggmargsskade, bestemme deres korrelasjon over tid, og bestemme hvilken innflytelse vurderinger og komorbide fysiske forhold har for utviklingen av mestringsfølelse.	88 ryggmargsskadede. Aldersspenn fra 18-80 år. Nylig førstegangsinnlagt med ryggmargsskade. Studien vurderte hver deltaker 3 ganger; første gang innen 3 uker etter innleggelse, andre gang innen 3 uker før utskrivelse, og den tredje gangen 12 måneder etter skaden inntraff. Vurderingene bestod av 2-3 timer med evaluering av skade, sosiodemografiske og psykososiale variabler. Mestringsfølelse ble vurdert med et spørreskjema om opplevelse av kontroll av funksjon, det sosiale og skaden. De fikk også spørreskjema om angst, depresjon og sekundærkomplikasjoner.	Mestringsfølelse har fordelaktig effekt på tilpasning til ryggmargsskade, i tillegg til en positiv innvirkning på humør, smerte, livskvalitet og sosial deltakelse. 73% rapporterte moderat til høyt nivå av mestringsfølelse fra innleggelsen til 12 måneder etter skaden. Dette kan bety at tilpasning til ryggmargsskade over tid er mer oppnåelig for disse, gitt at de har en sterk opplevelse av kontroll, beskyttelse og forsiktighet mot forskjellige stressorer som mobilitetsrestriksjoner, kroniske smerter og psykisk stress. Mestringsfølelse er også relatert til motstandsdyktighet. 27% rapporterte da synkende eller lave nivåer av mestringsfølelse. Disse har en høy risiko for dårlig tilpasning til ryggmargsskade. Videre fant studien at de som rapporterte lite nedstemthet hadde høyere følelse av mestring, og motsatt. Mestringsfølelse og nedstemthet har en sterk relasjon. Relasjonen var også lik	Mestringsfølelse er noe som er viktig for å kunne tilpasses til ryggmargsskade. Tilpasningen foregår livet ut, da pasientene kan møte på ulike komplikasjoner og andre faktorer i livet som setter de på prøve. Mestring er da en dynamikk som stadig er i endring og må tilpasses individet og situasjonen.

			<p>mellom mestringsfølelse og andre kontekster. For eksempel at høy mestringsfølelse var relatert til lavere hyppighet av sekundærkomplikasjoner, mange positive vurderinger og lite negative vurderinger, og motsatt.</p>	
<p>H) Bibi, McLiesh & Rasmussen, 2018, The lived experience: Nurses' experience of caring for patients with a traumatic spinal cord injury.</p>	<p>Å forstå erfaringer og utfordringer fra sykepleiere, med sykepleie til pasienter med traumatisk ryggmargsskade og nevrologisk svekkelse.</p>	<p>6 sykepleiere med ulike erfaringer og ekspertise. Data ble samlet via individuelle semistrukturerte intervju. Spørsmålene de ble stilt var; Husker du når du først begynte å gi sykepleie til pasienter med traumatisk ryggmargsskade og nevrologisk svekkelse? Tenk tilbake til de første årene og prøv å huske på en spesiell hendelse eller et øyeblikk? Hvordan fikk denne erfaringen med å gi sykepleie til en pasient med traumatisk ryggmargsskade og nevrologisk svekkelse, deg til å føle deg? Hva følte du opp mot pasienten? Likheter mellom temaer fra intervjuene, ble brukt for å komme frem til essensen av erfaringene fra arbeidet med ryggmargsskade.</p>	<p>Resultatet ble 4 temaer om sykepleiernes erfaringer:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Overgangen til omsorg, om mål, sykepleieutøvelse, utfordringer, empati, personlige grenser og samarbeid. 2. Pasientens behov, fysiske og psykiske, som sykepleierne fokuserte på i sykepleieutøvelsen. 3. Håp og sorg. 4. Sykepleiernes tolkning av pasienter og familiene. <p>Studien fant også at det var fordelaktig å sette mål sammen med pasientene, slik at de fikk økt følelse av verdi og autonomi. Sykepleierne måtte utvikle «tykk hud» og bli mindre sensitive og emosjonelt berørt. Sykepleierne la mer innsats i å pleie pasientens psykiske behov, fremfor de fysiske.</p>	<p>I pleie til disse pasientene må man balansere empati og hardhudethet, for å kunne gi pasientene mulighet til å bli så selvstendige og selvhjulpne som mulig.</p>

3.2. Sammenfattet empiri

Dette litteraturstudiet bygger på 8 artikler. Artiklene tar for seg personer med ulike typer ryggmargsskade, i ulike faser av både skadeforløp og i livet, og inkluderer både pasientperspektiv, pårørendeperspektiv og sykepleieperspektiv. Artiklene peker på viktige elementer og faktorer som spiller inn på mestring, og er relevant i forhold til problemstillingen. Artiklene ble valgt til denne oppgaven, fordi jeg senere vil diskutere hvordan sykepleier kan fremme mestring hos pasienter med ryggmargsskade.

En av artiklene går ut ifra et sykepleieperspektiv, og beskriver hvordan det er å arbeide med ryggmargsskade (Bibi, McLiesh & Rasmussen, 2018). Det er en kvalitativ studie, som med en hermeneutisk fenomenologisk tilnærming søker etter å forstå erfaringer fra sykepleiere innenfor dette feltet. Artikkelen peker på unike hensyn som må tas i forhold til disse pasientene og hvordan sykepleierne forholder seg i pleie til ryggmargsskade.

Blant artiklene er det også en som har inkludert pårørendes perspektiv i forhold til hvordan det er å leve med en ryggmargsskade (DeSanto-Madeya, 2006). Denne kvalitative studien samlet inn data fra den ryggmargsskadede og et familiemedlem samtidig, og fikk frem en samlet forståelse for hvordan hverdagslivet med en ryggmargsskade er, hvordan livet har endret seg og hvilke utfordringer man møter.

Hovedtyngden av artiklene går ut ifra pasientperspektivet i forhold til det å få og å leve med en ryggmargsskade, både rett etter å ha pådratt seg skade (Beilby et al., 2012; Craig et al., 2019), og opptil flere år etter (Burrige et al., 2013; DeSanto-Madeya, 2006; Goodridge et al., 2017; Adriaansen et al., 2016; Etingen et al., 2017). Tre av disse artiklene tar for seg mestring direkte, og beskriver blant annet at mestring har en positiv effekt på humør, smerte og livskvalitet, og reduserer sannsynlighetene for psykiske og fysiske plager (Adriaansen et al., 2016; Etingen et al., 2017; Craig et al., 2019).

Når det kommer til ryggmargsskade, mestring og å tilpasse seg til et liv som skadet, har artiklene lagt vekt på ulike aspekter som de anser som viktige, basert på sine funn. Noen resultater vektlegger det følelsesmessige og det psykiske som må ligge til grunn, eller som må arbeides med for å best kunne tilpasse seg til skaden. Burrige et al. beskriver hvordan positive strategier for best mulig tilpasning innebar det å kunne møte egne og andres forventninger, sammenligne seg med og se opp til andre ryggmargsskadede for motivasjon, og å lære seg å akseptere seg selv som skadet (Burrige et al., 2013). Å være rundt andre i samme situasjon var også et resultat fra en annen studie, hvor det bidro til økt bevissthet rundt egen situasjon, motivasjon av å se hva som var mulig, og de ryggmargsskadede fikk en positiv effekt av å involvere seg sosialt (Goodridge et al., 2017). Andre psykiske faktorer som ble funnet var å kunne finne en forståelse med skaden, viktigheten av selvstendighet og frihet, å lære å oppfatte seg selv på en ny måte, og å finne en ny hverdag uten at skaden preget livet for mye (DeSanto-Madeya, 2006). Det var også psyken til de ryggmargsskadede som ble vektlagt av sykepleierne, hvor de fokuserte mer på å pleie pasientens psyke, fremfor det fysiske (Bibi et al., 2018).

Resultater fra andre studier viser til hvordan fysiske faktorer spiller inn på mestring og tilpasning til en ryggmargsskade. Adriaansen et al. beskriver for eksempel hvordan skadeomfanget preger mestringsfølelsen, ved at et mindre skadeomfang og mer deltakelse på aktiviteter, gir økt følelse av kontroll på hverdagslivet og mestring (Adriaansen et al., 2016). Etingen et al. trekker frem at det å bo alene gir følelsen av høy fysisk funksjon, og at funksjon, grunnleggende mobilitet og finmotorikk øker følelsen av mestring. Økt mestringsfølelse grunnet fysisk funksjon reduserer også faren for sekundærkomplikasjoner

(Etingen et al., 2017). Opplevelsen av kontroll i hverdagen var en positiv faktor som også ble nevnt i Craig et al. når det kom til tilpasning, samt at økt mestringsfølelsen reduserte faren for sekundærkomplikasjoner (Craig et al., 2019).

Resultatene fra artiklene tyder på at mestring for ryggmargsskadde betyr å akseptere tilværelsen (Burrige et al., 2013), at de opprettholder mest mulig frihet og selvstendighet (Etingen et al., 2017; Bibi et al., 2018; Beilby et al., 2012), at de klarer å ha en så normal hverdag som mulig (DeSanto-Madeya, 2006), at de har fysisk funksjon (Etingen et al., 2017) og at de blir informerte om sin skade og mulige komplikasjoner (Beilby et al., 2012).

Faktorene som virker å fremme mestring ifølge artiklene er positive holdninger og tanker (Burrige et al., 2013; Craig et al., 2019), informasjon (DeSanto-Madeya, 2006), å se hva som er mulig (Goodridge et al., 2017), å unngå sekundærkomplikasjoner (Craig et al., 2019), ha minst mulig skadeomfang (Etingen et al., 2017), å nå mål man har satt seg (Burrige et al., 2013; Beilby et al., 2012) og å møte andre i samme situasjon (Goodridge et al., 2017; Adriaansen et al., 2016; Craig et al., 2019).

Hemmende faktorer ser ut til å være negative holdninger, tanker og bekymringer (DeSanto-Madeya, 2006; Craig et al., 2019), det å få sekundærkomplikasjoner, å ha mer omfattende skadeomfang og innskrenket fysisk funksjon (Craig et al., 2019; Etingen et al., 2017; Adriaansen et al., 2016), å mislykkes i å nå mål og å vektlegge begrensningene fremfor muligheter og styrker (Burrige et al., 2013; DeSanto-Madeya, 2006).

Personer med ryggmargsskade trenger å mestre livet som før, men med nye begrensninger og utfordringer, både psykiske og fysiske, som de ikke hadde før de ble skadet (DeSanto-Madeya, 2006).

4. Teori

4.1. Teori som beskriver pasientgruppens situasjon

4.1.1. Ryggmargsskade

Ryggsøylen består av totalt 29 ryggvirvler som er navngitt etter lokalisering fra øverste del av nakken kranialt, helt ned til halebeinet kaudalt. Ryggmargen befinner seg i ryggmargskanalen i ryggsøylen, hvor den er vernet av ryggvirvlene, ryggmargshinnen og ryggmargsvæsken. Den, sammen med hjernen, utgjør sentralnervesystemet til kroppen. Hvis nervebanene i sentralnervesystemet blir skadet evner ikke disse å regenerere, og resultatet blir da oftest permanente funksjonelle utfall (LARS, 2012).

Dersom ryggmargen blir skadet vil nerveforbindelsene mellom sentralnervesystemet over skadestedet og ryggmargen under skadestedet, bli forstyrret eller ødelagt. Oppstår skaden høyt i ryggsøylen, oftest i cervikalvirvlene, kan det medføre lammelser i både armer og bein, noe som kalles tetraplegi. Ved skader som ligger lavere i ryggsøylen, i thorakal- eller lumbalvirvlene, kan det medføre lammelser i beina og eventuelt trunkus, og dette kalles paraplegi (LARS, 2012).

Årsaken til en ryggmargsskade kan være flere, men man skiller vanligvis ut ifra hvordan skaden oppstod, om det var en traumatisk eller atraumatisk hendelse. En traumatisk ryggmargsskade kan inntreffe hvis personen utsettes for et ytre traume, for eksempel et fall eller en bilulykke, som enten direkte eller indirekte forårsaker skade på ryggmargen. En atraumatisk skade kan derimot være medfødt, eller skyldes behandling eller sykdom (LARS, 2012).

Spinalt sjokk er noe som kan inntreffe i skadeøyeblikket. Det innebærer at all nevrologisk aktivitet under skadenivået stopper opp. Det spinale sjokket kan vare i alt fra noen timer til opptil to måneder, så derfor kan alle ryggmargsskadede oppleve slappe lammelser i begynnelsen. Avhengig av skadenivå kan pasientene få spasmer og refleksstyrt aktivitet når sjokkfasen passerer, men det er individuelt når og hvor mye av nevronaktiviteten som kommer tilbake (LARS, 2012).

På spinalenheten får pasienten et tverrfaglig team som kan forebygge og behandle eventuelle komplikasjoner som kommer av ryggmargsskaden, hjelpe pasienten med å oppnå god funksjon ut ifra sine individuelle forutsetninger, og pasienten skal kunne lære å ta tilbake ansvar for seg selv og bli mest mulig selvstendig (LARS, 2012). Pasientene kan oppleve en del kroppslige forandringer etter en ryggmargsskade, og må lære seg å ta imot hjelp på områder hvor de kanskje aldri har trengt hjelp tidligere. De områdene som krever oppmerksomhet helt fra starten på grunn av skaden, er pasientens respirasjon, hud, blodomløp, urinveier, fordøyelsessystemet og ernæring (LARS, 2012).

Som følge av en ryggmargsskade kan pasientene pådra seg sekundærkomplikasjoner gjennom livet. Risiko for å få trykksår er en av disse. Dette er fordi hudfølelsen kan være helt eller delvis borte, hudens evne til å motta og å sende impulser er endret og de er ofte mer inaktive etter skaden. Personer med ryggmargsskade er utsatte for både liggesår og

sittesår, som følge av mye tid tilbragt i seng og/eller rullestol. Det er viktig at de lærer seg å ta vare på huden og passer på å avlaste trykkutsatte områder. Trykksår kan gi alvorlige konsekvenser som forsinket rehabilitering, reinnleggelse på sykehus, redusert sosialisering og det kan ha lang tilhelingstid (LARS, 2012). Ryggmargsskadde kan også oppleve komplikasjoner i forhold til infeksjon i urinveiene. Det kan komme av at blæren blir for full, at den ikke blir ordentlig tømt, at den tømmes for sjelden, dårlig immunforsvar eller nedsatt personlig hygiene. Faren for å få urinveisinfeksjon øker også dersom pasienten har permanent inneliggende kateter, eller er avhengig av å engangskateteriseres flere ganger daglig, noe som er vanlig for denne pasientgruppen (LARS, 2012). Smerteproblematikk er også forbundet med ryggmargsskade. Dersom det er skade på sentralnervesystemet eller muskler, kan det utvikles kroniske nevrologiske- eller nociceptive smerter, noe som gjelder for over halvparten av disse pasientene. Nevrologiske smerter skyldes skade på sentralnervesystemet. Smertene kan oppstå under skadenivået hvis de skyldes selve skaden i ryggmargen, eller over skadenivået ved for eksempel at nerver kommer i klem etter bruk av hjelpemidler. Nociceptive smerter skyldes muskelskade, og kommer av overanstrengte muskler. Kroniske smerter oppleves som belastende, og det påvirker psyken ved at det gjør det lettere for negative følelser og bekymringer å slå rot (LARS, 2012).

I tillegg til spesielle utfordringer vil pasienter med ryggmargsskade også få naturlige aldersforandringer, ettersom de eldes. Og også ved en ryggmargsskade kan forekomsten av sykdom tilta med alder (LARS, 2012).

4.1.2. Mestring

Mestring er en dynamisk prosess som innebærer endring, og alle har ulike måter å mestre belastninger, endringer og vanskelige situasjoner i livet på. Dette gjør at mestring ikke kan følge et bestemt mønster, ettersom det er individuelt hvordan man mestrer. Som sykepleier skal man kun bistå pasientene når de trenger hjelp til mestring, ettersom det er pasientene selv som må gjøre arbeidet for å kunne mestre. Mestring kan deles inn etter to hovedområder; hverdagsmestring og krisemestring (Eide & Eide, 2017, s. 47-48).

Hverdagsmestring er beskrivende for hvordan personer forholder seg til krevende utfordringer i ulike, hverdagslige livssituasjoner. Ved en ryggmargsskade kan dette for eksempel være snakk om rehabilitering, opptrening og å lære seg hvordan best mulig leve med følgene av skaden. Sykepleiere kan styrke hverdagsmestring hos pasienter ved å finne ut hva personen anser som viktig, hvilke verdier de har og å motivere pasienten til å nå sine egne mål (Eide & Eide, 2017, s. 48-49).

Krisemestring handler om at det oppstår store og plutselige belastninger man må forholde seg til. Det innebærer reaksjoner, følelser, tanker og handlinger som dukker opp når man utsettes for belastninger og når personen ser hva som kan bli et mulig resultat av påkjenningen (Eide & Eide, 2017, s. 49). En beskrivende situasjon kan være når pasienter innser at de kan bli lam for resten av livet, som følge av ryggmargsskaden.

I forbindelse med mestringsarbeid virker det som at følelsene er de spontane reaksjonene som dukker opp først, og at tanker og vurderinger kommer i annen rekke. Negative følelser er noe personer alltid må forholde seg til hvis det er noe man skal mestre, som for eksempel et funksjonstap eller smerter. Da kan følelser som sinne, sorg, bekymringer, utålmodighet eller frustrasjon spille inn på mestringen. Men man kan også oppleve positive følelser, som å tørre å gjøre noe, glede ved småting, å klare noe man synes har vært

vanskelig og å nå et mål. For å få frem slike positive følelser kan sykepleier bidra ved å fremme trygghet, håp og tillitt (Eide & Eide, 2017, s. 50).

Dersom en person opplever alvorlig skade eller sykdom som kan true livet, og konsekvensene av dette vil gjøre det vanskelig å leve som før, enten på kort eller lang sikt, vil dette kunne oppleves som en sterk trussel. Kanskje vil både utseende, funksjon og framtidsutsikter bli påvirket av disse konsekvensene. Dette kan by på store mestringsutfordringer for personen det gjelder, og føre til opplevelsen av stress (Kristoffersen, 2011, s. 150). Stressreaksjoner kan utløses av både psykiske og fysiske forhold. Psykologiske forhold som kan utløse stress kan være usikkerhet, tap av kontroll eller å føle seg truet. Fysiologiske forhold som kan utløse stress ved akutt sykdom og fysisk skade kan være feber, infeksjoner, øvrige sykdomsprosesser, ytterligere skader og kirurgiske inngrep. For å kunne reparere skader og tilpasse seg endringer må syke eller skadede mennesker gjennomgå slike stressreaksjoner (Kristoffersen, 2011, s. 135-142).

Å oppleve stress, kriser eller påkjenninger forbindes med følelser av mistriksel og ubehag. Dette er negative følelsesopplevelser som kan skape en motivasjon til å ville endre situasjonen som fremprovoserer ubehaget. Det er vanlig å skille mellom to typer mestringsstrategier; problemfokuset mestringsstrategi og følelsesmessig fokusert mestringsstrategi (Håkonsen, 2018, s. 259).

Problemfokuset mestringsstrategi er strategier hvor personen retter søkelys på den aktuelle situasjonen, og forsøker å endre, avslutte eller løse problemer og vanskeligheter relatert til situasjonen. Dette innebærer at personen må ha evnen til å identifisere og finne måter å forandre problemet på. Denne typen mestringsstrategi er noe man kan lære, og evnen øker med erfaring (Håkonsen, 2018, s. 259-260).

Følelsesmessig fokusert mestringsstrategi er strategier hvor personen retter fokus på de følelsesmessige problemene som er relatert til en situasjon eller en hendelse, og forsøker å redusere eller å eliminere det følelsesmessige ubehaget uten å forandre situasjonen. Dette kan bidra til at man kan klare å akseptere eller å leve med situasjonen, eller bruke det som hjelp til å komme seg gjennom den. Her finnes det både strategier som er moden og hensiktsmessige, og strategier som er umodne og uhensiktsmessige (Håkonsen, 2018, s. 259-261).

Begge disse mestringsstrategiene blir brukt i dagliglivet, fordi begge er nødvendige for å kunne håndtere alle påkjenninger og stressopplevelser. Hvilken strategi som brukes er situasjonsavhengig. Dersom problemet eller situasjonen er noe konkret som kan tas opp og løses eller endres, vil det være mest hensiktsmessig å forholde seg direkte til problemet. Andre ganger kan problemet eller situasjonen være uforanderlig eller utilgjengelig for forandring, og da er det mest hensiktsmessig å forholde seg til emosjonelt fokuserte strategier og prøve å redusere ubehaget (Håkonsen, 2018, s. 259).

Eksempler på problemfokuset mestringsstrategi kan være å aktivt møte problemet på en målrettet måte, legge planer for å håndtere problemet, nå ut til andre for hjelp i situasjonen og å avvente til det føles riktig å håndtere problemet. Eksempler på følelsesfokusert mestringsstrategi som kan være hensiktsmessig er å søke sosial støtte i andre, akseptere situasjonen, prøve å se situasjonen i nytt lys, lete etter humoristiske aspekter for å kunne le av hendelsen eller å finne en høyere, overordnet mening med situasjonen. Eksempler på følelsesfokusert mestringsstrategi som kan være uhensiktsmessig er å benekte situasjonen, koble ut eller å la være å kontrollere tanker og følelser relatert til hendelsen, å gi opp å prøve å løse problemet og å ty til rusmidler for å flykte unna problemene (Håkonsen, 2018, s. 260-261).

4.2. Teori som belyser sykepleie i oppgaven

4.2.1. Patricia Benner og Judith Wrubel

Benner og Wrubel (2011) har en fenomenologisk tilnærming til mennesket og menneskets situasjon i verden, og forholder seg til de subjektive aspektene ved helsebegrepet. Ofte bruker de velvære-begrepet istedenfor helse, noe som gjenspeiler det person- og situasjonsavhengige perspektivet de har (Kristoffersen, 2011, s. 261-262). De hevder at velvære og helse krever en helhetlig forståelse, slik at man klarer å se en person som en helhet;

«En fenomenologisk definisjon av helse må romme det å være så vel som det å bli til noe; den må være basert på et integrert syn på psyke, kropp og sjel; og den må være basert på faktiske muligheter mer enn på tesen om at fullstendig frihet er mulig» (Kristoffersen, 2011, s. 262).

Benner og Wrubel (2011) mener at sykepleiere har i oppgave å hjelpe mennesker til å kunne mestre tap, lidelse og sykdom. Sykepleiere må ta utgangspunkt i hva personen anser som viktig og hvilken mening situasjonen har for den (Kristoffersen, 2011, s. 215). Deres sykepleietenkning knytter stressbegrepet tett opp mot behovet for sykepleie, og retter sykepleien i stor grad mot personer som erfarer stress grunnet sviktende helse, tap eller sykdom. De anser stress som en individuell opplevelse som kommer som følge av forhold mellom omstendigheter i personen og i omgivelsene. Som sykepleier bør man møte pasienten med et helhetlig blikk, anerkjenne pasientens egen opplevelse av sin situasjon og ivareta pasientenes egne verdier og meninger. Målet med sykepleien er å bistå personen til å kunne leve godt på tross av tap, sykdom eller lidelse, og å hjelpe den enkelte til å selv kunne mestre sin egen livssituasjon, på en måte som ivaretar det som er verdifullt for personen (Kristoffersen, 2011, s. 262).

Benner og Wrubel (2011) beskriver pasienten som noen som befinner seg i en situasjon hvor helsesvikt, tap eller sykdom fører til en opplevelse av stress. Verdier i livet og det pasienten anser som viktig blir på denne måten truet, og fører til at pasienten ikke lenger klarer å fungere fritt og uhemmet (Kristoffersen, 2011, s. 215). Med dette pasientsynet fokuserer de eksplisitt på pasientens egne oppfatninger. På lik linje med helsebegrepet har de den samme holdningen til de subjektive aspektene ved sykdomsbegrepet, og vektlegger derfor pasientens tolkninger, opplevelser og beskrivelser av hvilken innvirkning situasjonen har for tilværelsen. Benner og Wrubel (2011) betegner stress som når en person får en forandring i livssituasjonen, og ikke lenger klarer å fungere uhemmet og da får behov for sykepleie (Kristoffersen, 2011, s. 262-263).

Hele mennesket blir involvert dersom det befinner seg i en situasjon som bryter sammen de uanstrengte og ubesværete funksjonene, og hvor det man tar for gitt faller bort. Det er opp til hver enkelt hva som regnes som en slik stresssituasjon, og hvilke muligheter de har for mestring, basert på forståelse, ferdigheter, kunnskaper, verdier og hva som er tilgjengelig for dem. I følge Benner og Wrubel (2011) er mestring noe mennesker gjør i situasjoner de opplever som stressende, og mestring blir preget av individets bakgrunn, kulturelle bakgrunnsforståelse og hvordan det er involvert og engasjert i situasjonen. Siden opplevelsen av stress er individuell og ikke noe man velger, blir mulighetene til å kunne mestre en belastende situasjon også begrenset, siden man heller ikke står fritt til å kunne velge blant ulike mestringsstrategier. Ut ifra hvilken opplevelse individet har av stresssituasjonen er det en rekke mestringsstrategier som da vil bli vurdert som uaktuelle. Mennesker har ingen mulighet til å unnsnippe sin egen virkelighet, men formes og farges av sine erfaringer. Det å få livserfaringer fra stresssituasjoner og mestring, gir personer bedre evne til å håndtere problemer som kan dukke opp senere i livet (Kristoffersen, 2011, s. 263-264).

5. Diskusjon

5.1. Innledning

Å mestre livet med en ryggmargsskade er en krevende og konstant prosess. Siden pasientene får livslang oppfølging på spinalenhetene innebærer det at sykepleier og pasient kan bli godt kjent over tid, og at sykepleierne kan fungere som en støtte som kan bidra til å hjelpe pasientgruppen til å oppnå mestring. I denne diskusjonen tar jeg for meg hva mestring betyr for personer med ryggmargsskade og sykepleiers bidrag til mestring, for å belyse problemstillingen; «*Hvordan kan sykepleier fremme mestring hos pasienter med ryggmargsskade?*»

5.2. Hva betyr mestring for personer med ryggmargsskade

For ryggmargsskadde pasienter betyr mestring å tilpasse seg til et liv som skadet. Tilpasning krever tid og arbeidsinnsats da pasientene kan ha fysiske forandringer og en kropp de ikke lenger kjenner, samt psykiske reaksjoner rundt egen situasjon (LARS, 2012).

Etter å ha fått påvist en ryggmargsskade må pasientene gjennomgå rehabilitering, hvor målet er at pasientene skal kunne bli så selvstendige og selvhjulpne som mulig (LARS, 2012). Det samme målet beskrives i Bibi et al. (2018), av sykepleiere som arbeidet med denne pasientgruppen (Bibi et al., 2018). Beilby et al. (2012) fant at dersom rehabiliteringen inneholdt pasientfokuset målplanlegging, hadde det en positiv innvirkning på blant annet den fysiske funksjonen, og for å fremme selvstendighet hos pasientene (Beilby et al., 2012). Dersom funksjonstapet etter skaden var mindre omfattende, beskrev deltakerne i Adriaansen et al. (2016) at det var lettere å oppleve mestring (Adriaansen et al., 2016). Dette kan underbygges av Etingen et al. (2017) som viser til at mestring betyr at ryggmargsskadde har moderat til høy egenopplevelse av fysisk funksjon. Grunnen til at bedre fysisk funksjon gav økt mestringsfølelse, var at pasientene ble i stand til å kunne bo alene (Etingen et al., 2017). Under rehabiliteringen skal pasientene, så langt det er mulig, forberedes på å kunne ta ansvar for egne behov. Kroppen og de fysiske funksjonene har blitt forandret i større eller mindre grad av skaden, og pasientene må ta hensyn til kroppen sin på en annen måte (LARS, 2012). Tapet av selvstendigheten og friheten beskrev DeSanto-Madeya (2006) som det mest frustrerende, for å leve med en ryggmargsskade er en kontinuerlig læringsprosess (DeSanto-Madeya, 2006). I begynnelsen av skadeforløpet vil pasientene ofte trenge hjelp til å ivareta alle behov og funksjoner, og da må sykepleier overta disse frem til pasienten klarer å mestre de selv (LARS, 2012). Dette innebærer at sykepleier som gis må dekke pasientens grunnleggende behov gjennom helsefremmende, forebyggende, behandlende og rehabiliterende sykepleietiltak (Kristoffersen, 2011, s. 348). Behandling og rehabilitering av ryggmargsskadde er et tverrfaglig samarbeid, hvor innsatsen til alle er avgjørende for resultatet. Pasientene må gjenvinne mest mulig fysisk funksjon og styrke, slik at de kan lære seg å for eksempel kle på seg selv, utføre kroppslig stell og forflytte seg mellom seng og stol. Hvor mye funksjon de klarer å gjenvinne avhenger av skaden, men sykepleiere

må bistå pasientene i læringsprosessen, for at det skal bli lettere for pasientene å mestre tilpasningen til skaden (LARS, 2012).

Craig et al. (2019) fant at 73% av deltakerne rapporterte moderat til høy mestringsfølelse fra innleggelse til 12 måneder etter skaden, og 27% rapporterte lav eller synkende følelse av mestring. Mestring er en dynamikk som stadig endres ut ifra individ og situasjon, og Craig et al. (2019) relaterer også mestringsfølelse til motstandsdyktighet. Dersom pasientene opplever beskyttelse og forsiktighet mot sekundærkomplikasjoner, kan det bety at tilpasningsprosessen til skaden blir lettere, og sannsynligheten for å oppleve mestring øker (Craig et al., 2019). Sekundærkomplikasjoner som for eksempel trykksår, urinveisplager og smerter kan utfordre mestringsarbeidet til pasientene, og true selvstendigheten. Dersom dette oppstår hos pasienten under innleggelse kan det redusere rehabiliteringspotensialet og forsinke rehabiliteringen. Oppstår komplikasjonene senere i skadeforløpet kan det føre til påbudt sengeleie, fysiske restriksjoner og reinnleggelse på sykehus (LARS, 2012). Slike komplikasjoner er eksempler på fysiske faktorer som kan føre til stress, og som kan utfordre mestringssevnen. Dette kan igjen gjøre pasienten sårbar for ytterligere belastninger og stress (Kristoffersen, 2011, s. 135). Benner og Wrubel (2011) betegner stress som en forandring i livssituasjonen hvor personen ikke lenger fungerer uhemmet, og får da behov for sykepleie (Kristoffersen, 2011, s. 262-263). Dersom sykepleier styrker og oppmuntrer pasienten til å ta grep for å støtte opp under sin egen helse og velvære, kan pasienten kanskje unngå sekundærkomplikasjoner (Etingen et al., 2017). På denne måten kan sykepleieren fungere som en ytre ressurs som bidrar til myndiggjøring av pasienten (Goodridge et al., 2017). Sykepleiere setter da pasientene i stand til å øke kontroll over egen helse, pasientene kan få kontroll over faktorer som spiller inn på helsen og pasientene gis muligheten til å forbedre helsetilstanden (Kristoffersen, 2011, s. 338).

I Craig et al. (2019) blir opplevelsen av kontroll nevnt som en positiv faktor for tilpasningen til ryggmargsskaden (Craig et al., 2019). Det å ha kontroll beskriver Eide & Eide (2017) som et naturlig behov hos mennesker. Om situasjonen oppleves som kaotisk eller overveldende, vil mestringsens mål alltid være å forsøke å gjenopprette den trygge opplevelsen av forutsigbarhet og evnen til å kunne ha påvirkningskraft på situasjonen (Eide & Eide, 2017, s. 82). Å informere og inkludere pasienten i planleggingen og målsettingen vil også kunne fremme følelsen av kontroll, og bidra til at pasientene tar gode valg for seg selv for å unngå komplikasjoner (LARS, 2012).

Bibi et al. (2018) nevner at å inkludere pasienten i målplanleggingen er en fordel, fordi det også fremmer pasientenes følelse av verdi og autonomi (Bibi et al., 2018). Dette underbygges av LARS (2012) som forklarer at rehabiliteringsprosessen handler om å etablere et livsgrunnlag basert på pasientenes verdier og premisser (LARS, 2012). Som sykepleier må man ta utgangspunkt i pasientenes verdier for å kunne hjelpe dem å mestre (Kristoffersen, 2011, s. 215), og Benner og Wrubel (2011) beskriver at målet med sykepleien er å hjelpe pasientene, på en måte som oppfattes verdifull for dem (Kristoffersen, 2011, s. 262). Alle pasienter har ulike utgangspunkt, skadeomfang og utfordringer, og vil da også ha forskjellige mål. Om sykepleier og pasient samarbeider om å nå målene, kan sykepleier tilstrebe at pasientens ønsker og forventninger blir møtt i størst mulig grad, ut ifra hva som er realistisk og mulig å gjennomføre (LARS, 2012). Om pasientene når målene sine, beskrev Burrige et al. (2013) at det gjorde det lettere å tilpasse seg til ryggmargsskaden (Burrige et al., 2013). Et mål gir pasienter og sykepleiere noe bestemt å arbeide frem mot. Mål bør være individualisert og konkretisert ut ifra pasientens skade og hva pasienten ønsker å oppnå, og basert på hva som er

ressursmessig mulig. Har pasienten mål som er oppnåelige og realistiske, kan det være motivasjon i seg selv (Kristoffersen, 2011, s. 42).

Selv om rehabiliteringen legger til rette for best mulig funksjon og livskvalitet i et livsløpsperspektiv, vil pasientene fortsatt møte på situasjoner som kan utfordre mestringen og påvirke livskvaliteten (LARS, 2012). Dette innebærer både krisemestring og hverdagsmestring, hvor pasientene må mestre krisen av å få skaden, og hverdagen som skadet (Eide & Eide, 2017, s. 48-49). Eide & Eide (2017) forklarer at å gi hjelp i kriser først og fremst handler om å skape struktur og mening i kaoset for pasienten, og at hverdagsmestring handler om å forstå hva pasienten anser som viktig, legge gode planer sammen med pasienten og å motivere til å nå mål (Eide & Eide, 2017, s. 49-50). Ryggmargsskade må også benytte både problemfokuserede og følelsesmessige mestringsstrategier for å kunne håndtere ulike hendelser og situasjoner de møter. Strategiene kan bidra til å fremme mestring dersom de er hensiktsmessige i forhold til situasjonen, men kan også være uhensiktsmessige og hemmende, dersom pasientene velger å for eksempel flykte unna problemene fremfor å prøve å mestre dem (Håkonsen, 2018, s. 259-261).

DeSanto-Madeya (2006) fant at å leve med en ryggmargsskade er en konstant kamp, hvor mye er knyttet til usikkerhet (DeSanto-Madeya, 2006). Kristoffersen (2011) beskriver usikkerhet som en faktor ved sykdom eller skade, som kan øke pasientens opplevelse av trussel. Trusselen kan komme av enten mangel på kunnskap, eller fantasier og feilaktige forestillinger rundt egen situasjon (Kristoffersen, 2011, s. 155-156). Dette er psykiske faktorer som kan utløse stress, og som kan virke hemmende for mestring (Kristoffersen, 2011, s. 137). Ved at sykepleiere formidler mye, god og tilpasset informasjon og kunnskap til pasientene, kan sykepleiere redusere usikkerheten og motvirke stress. Pårørende kan også trenge informasjon fra sykepleierne, på lik linje med pasientene. Slik kan pasientene få økt kunnskap rundt egen situasjon, sånn at de selv kan gjøre gode vurderinger, ha realistiske forventninger og få håp for fremtiden (LARS, 2012).

5.3. Sykepleiers bidrag til mestring

På bakgrunn av kapittel 5.2 kan man trekke frem betydningen for sykepleie til denne pasientgruppen, og se på hvordan sykepleier kan bidra for å fremme mestring.

Sykepleiens sentrale mål er pasientens livskvalitet, helse og mestring, og omsorg for det syke mennesket. For å oppnå dette må sykepleie baseres på fagkunnskaper, på å leve seg inn i og forstå pasientens situasjon. Pasientenes grunnleggende behov, reaksjoner og opplevelse av egen situasjon er utgangspunktet for hjelpen sykepleiere gir. Sykepleiers grunnleggende funksjonsområder er blant annet helsefremming og forebygging, behandling, lindring, rehabilitering og veiledning (Kristoffersen, 2011, s. 16-17).

Gjennom rehabilitering skal pasientene bli så selvstendige og selvhjulpne som mulig, og forsøke å forbedre den fysiske funksjonen. Rehabilitering er et tverrfaglig samarbeid, men den eneste arbeidsgruppen som er med pasientene døgnet rundt, er sykepleiere. Sykepleiere har tilgang på medisinsk informasjon om pasientene, treningsplaner og pasientenes mål for rehabiliteringen, og spiller en viktig rolle i mestringsarbeidet til pasientene (LARS, 2012). Om pasientene ikke er i stand til å ivareta sine grunnleggende behov, er det sykepleier som må dekke disse gjennom helsefremmende, forebyggende, behandlende og rehabiliterende sykepleietiltak (Kristoffersen, 2011, s. 348). Helsefremmende og forebyggende tiltak innebærer å identifisere reelle og potensielle problemer. For denne pasientgruppen kan det bety at sykepleier må endre stilling på pasientene ofte og avlaste trykkutsatte områder for å unngå sår, eventuelt minne

pasientene på å gjøre dette selv, sykepleierne må være nøye på utførelsen av prosedyrer i forbindelse med urinkatetre for å forhindre urinveisinfeksjoner og se til at pasientene ikke overtrenes for å unngå smerter. Behandlende tiltak innebærer å fjerne eller eliminere problemer hos pasientene. Dette kan for eksempel være at sykepleier utfører stell, hjelper pasientene med toalettbesøk, minner pasientene på å være i aktivitet og på å avlaste jevnlig. Rehabiliterende tiltak innebærer å støtte pasientenes egne ressurser og å tilrettelegge omgivelsene. Som sykepleier kan man da hjelpe pasientene med trening, og ettersom sykepleiere er klar over pasientenes mål kan man for eksempel gi vaskekluten til pasienten og la de øve på å vaske seg selv, legge frem klærne etter stell og la de prøve å kle på seg selv, eller hjelpe pasienten opp på sengekanten, og la de få prøve å reise seg og sette seg i rullestolen på egen hånd. Ut ifra hva slags trening og mål pasientene har, kan sykepleier på denne måten legge inn trening i pasientenes daglige gjøremål, og styrke funksjon og selvstendigheten til pasientene (Kristoffersen, 2011, s. 18-19).

Selv om sykepleier ivaretar pasientenes grunnleggende behov på sykehuset eller pasientene dekker behovene selv, for eksempel etter utskrivelse, er det fortsatt en risiko for at ryggmargsskade kan utvikle sekundærkomplikasjoner. Dette kan være komplikasjoner som for eksempel trykksår. På sykehuset er det viktig at sykepleiere passer på så pasientene ikke utvikler sår, og informerer pasientene om hvordan de skal ta vare på huden sin selv etter utskrivelse. Sykepleier må observere huden til pasienten morgen og kveld, og se etter tegn til begynnende trykksår, som for eksempel røde hudområder, hevelser, utslett eller blemmer. Dette kan pasienten utføre selv etter hvert, med bruk av speil. Dersom sykepleier oppdager noe som kan tyde på sårutvikling, er bildedokumentasjon lurt, slik at alle sykepleiere som observerer huden kan følge med på progresjonen. Ellers må sykepleier gi god hudpleie og sørge at pasienten har god personlig hygiene. Dette kan gjøres ved at sykepleier bruker nøytrale såper i vaskevannet, vasker og tørker huden til pasienten skånsomt, smører pasienten med fuktighetskrem og informerer pasienten om hvorfor hudpleie og hygiene er viktig. Skulle det likevel oppstå trykksår, er det viktig å starte behandling, slik at såret ikke blir større eller infisert. Noen sår kan vise bedring ved god avlastning og konservativ sårbehandling av sykepleiere. Dersom såret ikke leges kan kirurgi bli et alternativ (LARS, 2012).

For å hjelpe pasienter til å mestre hverdagen må sykepleier kartlegge hva som er viktig for pasientene og motivere dem til å nå målene sine (Eide & Eide, 2017, s. 49). For å kunne kartlegge pasientens verdier, må sykepleier utføre datasamling via samtale med pasienten. På denne måten får sykepleier førstehåndsupplysninger fra pasienten selv, som beskriver sin subjektive opplevelse av situasjonen. For å få tilstrekkelige opplysninger fra pasienten, er det lurt at sykepleier setter av god tid til samtalen. Merker pasienten at sykepleieren har dårlig tid, kan det være at pasienten fatter seg i korthet, og grunnlaget sykepleieren skal arbeide ut ifra kan bli mangelfull (Kristoffersen, 2011, s. 28). Som sykepleier har man ansvar for at pasientene har innsikt i hva som kreves for å nå målene og at de har en forståelse for utfordringene. Når pasienten har nok og riktig kunnskap om situasjonen sin, kan pasienten bli en samarbeidspartner i arbeidet mot målene. På denne måten kan pasienten ta bevisste og informerte valg for seg selv, og gradvis ta tilbake selvstendighet (Kristoffersen, 2011, s. 43). Dersom pasienten får mulighet til å påvirke timeplanen og hverdagen, kan sykepleier fremme pasientens følelse av kontroll (LARS, 2012).

Sykepleie i initialfasen handler ofte om å skape struktur og mening rundt situasjonen til pasienten (Eide & Eide, 2017, s. 50). Det kan gjøres ved at pasienten for eksempel får timeplan hver uke med ulike tilpassede aktiviteter eller ved å ha en samtale med sykepleier, hvor pasienten står fritt til å prate og å stille spørsmål. Mennesker reagerer ulikt når de opplever kriser, og det er viktig at sykepleier normaliserer og validerer de reaksjonene pasienten måtte ha (LARS, 2012).

For at pasienter med ryggmargsskade skal mestre et liv som skadet, må de bruke både problemfokuserte og følelsesfokuserte mestringsstrategier. Problemfokuseret mestring brukes i situasjoner som kan endres, og hvis pasienten selv ikke evner å identifisere måter å løse problemet på, kan sykepleier bidra slik at pasienten kan lære. Det kan for eksempel være at pasienten har lammelser i beina, sitter på senga og sliter med å dytte beina over sengekanten. Da kan sykepleier vise at det er lettere å løse problemet, hvis pasienten for eksempel løfter opp beina ved å ta tak i buksebeina. Eller hvis samme type pasient sliter med å dra bukse over rompa i ryngleie på sengen, så kan sykepleier hjelpe til med å løse problemet ved å be pasienten trekke på seg bukse i sideleie (Håkonsen, 2018, s. 260). Følelsesfokuseret mestring blir brukt hvis man har et problem man ikke kan endre på, så man endrer følelsene rundt situasjonen i stedet. Et eksempel kan være hvis pasientene får beskjed om at de aldri vil klare å gjenvinne fysisk funksjon i beina. Sykepleier kan da bidra ved å være en støtte for pasienten og vise forståelse for følelsene, hjelpe pasienten til å se situasjonen i et annet lys eller å prøve å finne det positive i situasjonen for pasienten. Noen pasienter kan også ha uhensiktsmessige strategier, ved at de benekter situasjonen, gir opp eller tyr til rusmidler. Dersom noen pasienter benytter disse strategiene kan sykepleier ha samtale med pasientene, og prøve å rettlede de til andre strategier som er mer hensiktsmessig for mestringsarbeidet (Håkonsen, 2018, s. 261).

I DeSanto-Madeya (2006) kom det frem at håp og drømmer ble erstattet av usikkerhet, når man må leve med en ryggmargsskade (DeSanto-Madeya, 2006). Og usikkerheten kan utgjøre en trussel for pasientene, basert på manglende kunnskaper rundt situasjonen de er i (Kristoffersen, 2011, s. 155-156). Sykepleier kan gi pasientene god og tilpasset informasjon, for å redusere denne usikkerheten. Dersom sykepleieren ikke har erfaring eller kunnskaper på området, er det lurt å lese seg opp eller å rådføre seg med mer erfarne sykepleiere i forkant. Ryggmargsskadde utgjør en kompleks pasientgruppe, og man kan aldri vite helt sikkert hvordan utfallet blir etter rehabiliteringen. For å kunne gi god informasjon likevel, kan sykepleier for eksempel bemerke hvor pasienten er i forløpet, og hvilke mål pasienten har fremover. Sykepleier kan også hjelpe pasienten med å få bistand fra andre yrkesgrupper, som sosionom, ergoterapeut eller psykolog, hvis pasienten trenger informasjon utenfor sykepleiers ansvarsområder (LARS, 2012). Ifølge LARS (2012) holder mange pasienter seg oppdaterte på informasjon selv også, og bruker internett og sosiale medier til å lese om behandling og forskning, og til å informere hverandre (LARS, 2012).

Det er også viktig å fremme trygghet, skape ro, fremme tilhørighet, fremme opplevelsen av mestring og å gi håp til pasientene. En sykepleier kan for eksempel fremme trygghet ved å opptre rolig og profesjonelt, informere pasientene om spinalenheten de befinner seg på og forberede pasienten mentalt på hva som skal skje før utførelsen av eventuelle prosedyrer. Ro kan skapes ved at sykepleier kan begrense antall aktiviteter i løpet av dagen, og ved å bruke god tid inne med pasienten. Sykepleier kan introdusere pasienten for andre ryggmargsskadde pasienter ved for eksempel måltider, slik at de får en følelse av tilhørighet til andre i samme situasjon. Ved å samle pasienten og pårørende og gi de informasjon sammen, kan sykepleier også fremme tilhørighet til familien. For å gi håp og opplevelse av mestring kan sykepleier bistå pasientene til å nå sine mål, slik at de kan gjenvinne funksjon og selvstendigheten (LARS, 2012).

6. Konklusjon

Formålet med oppgaven var å studere hvordan sykepleier kan fremme mestring hos pasienter med ryggmargsskade.

Opgaven er en systematisk litteraturstudie bygget på 8 forskningsartikler av kvalitativ og kvantitativ art, som omhandler mestring, elementer som kan bidra til mestring og ryggmargsskade generelt fra ulike perspektiver. Litteraturen består i hovedsak av oppgitt pensumlitteratur fra sykepleierutdanningen ved NTNU, og belyser ryggmargsskade, mestring og sykepleieteori ved Benner & Wrubel (2011). I lys av forskning og litteratur har det blitt reist diskusjonsspørsmål rundt betydningen av mestring og sykepleiers bidrag, for å fremme aspekter som kan svare på problemstillingen.

For pasienter med ryggmargsskade ser det ut til at de må mestre tilpasningen til et liv som skadet. De må gjennomgå rehabilitering, hvor de skal forsøke å gjenvinne fysisk funksjon, selvstendigheten og kontrollen over situasjonen. Pasientene må ta hensyn til kroppen sin på en ny måte for å unngå å få komplikasjoner i tillegg til selve skaden. Ryggmargsskadde må arbeide etter individuelle mål og benytte ulike mestringsstrategier for å nå dem. Pasientene trenger også mye informasjon for å øke kunnskapen rundt sin skade, slik at forventningene de har til seg selv og fremtiden baseres på hva som er realistisk.

Kompleksiteten til denne pasientgruppen utfordrer sykepleiere på helhetlig tenkning, ivaretagelse av fysiske og psykiske behov, å se pasientene som individ og å bruke hele seg i sykepleieutøvelsen. Sykepleiere må ofte dekke pasientenes grunnleggende behov gjennom helsefremmende, forebyggende, behandlende og rehabiliterende sykepleietiltak. Dette innebærer identifisering og eliminering av mulige problemer for pasientene, og å støtte opp under pasientenes egne ressurser. Slik kan sykepleier forsøke å forhindre uønskede komplikasjoner, og tilrettelegge for pasientenes mestringsarbeid. Som sykepleier må man også formidle informasjon og kunnskap til pasientene slik at de kan ta gode vurderinger for seg selv, og kan øke kontrollen over situasjonen. Sykepleien som gis bør baseres på pasientens egne verdier, slik at det bidrar til følelsen av autonomi og motivasjon. Sykepleiere er medvirkende bidragsytere i mestringsarbeidet til pasientene, og ved å bistå pasientene til å nå sine mål, gjenvinne funksjon og selvstendighet, kan sykepleiere fremme pasientenes opplevelse av mestring.

Overgangen fra førstegangsinleggelse på sykehus til hverdagslivet hjemme kan presentere en stor kontrast for ryggmargsskadde. Dersom man i fremtiden søkte etter å inkludere pårørende mer i rehabiliteringsfasen kan sykepleiere også formidle god informasjon og kunnskap til de pårørende, slik at overgangen til hverdagen kan bli litt lettere, og pårørende stiller sterkere som støtteapparat hjemme for den ryggmargsskadde pasienten.

Referanser

Adriaansen, J. J. E., Cijssouw, A., Dijkstra, C. A., Groot, S. D., Linden, S. V., Post, M. W. M. & Tepper, M. (2016). Associations between disability-management self-efficacy, participation and life satisfaction in people with long-standing spinal cord injury. *Spinal Cord*, 55, 47-51. <https://doi.org/10.1038/sc.2016.80>

Beilby, J., Byrnes, M., Ker, J., McLennan, R., Ray, P. & Chung, S. (2012). Patient-focused goal planning process and outcome after spinal cord injury rehabilitation: quantitative and qualitative audit. *Clinical Rehabilitation*, 26(12.), 1141-1149. <https://doi.org/10.1177/0269215512442669>

Bibi, S., McLiesh, P. & Rasmussen, P. (2018). The lived experience: Nurses' experience of caring for patients with a traumatic spinal cord injury. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, 30, 31-38. <https://doi.org/10.1016/j.ijotn.2018.05.002>

Burrige, J., Dibb, B., Donovan-Hall, M., Ellis-Hill, C. & Rushton, D. (2013). Exploring positive adjustment in people with spinal cord injury. *Journal of Health Psychology*, 19(8.), 1043-1054. <https://doi.org/10.1177/1359105313483158>

Craig, A., Guest, R., Middleton, J. & Tran, Y. (2019). Trajectories of self-efficacy and depressed mood and their relationship in the first 12 months following spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 100(3.), 441-447. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2018.07.442>

Dalland, O. (2013). *Metode og oppgaveskriving* (5. utgave). Oslo: Gyldendal Akademisk.

DeSanto-Madeya, S. (2006). The meaning of living with spinal cord injury 5 to 10 years after the injury. *Western Journal of Nursing Research*, 28(3.), 265-289. Hentet fra: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0193945905283178>

Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner* (3. utgave). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Etingen, B., Hill, J. N., LaVela, S. L. & Miskevics, S. (2017). Correlates of self-reported physical function in individuals with spinal cord injuries and disorders: does self-efficacy matter? *Spinal Cord*, 55, 1096-1102. <https://doi.org/10.1038/sc.2017.35>

Goodridge, D., Linassi, G., Nickel, D., Rogers, M. R. & Rohatinsky, N. (2017). Shifting the balance: conceptualising empowerment in individuals with spinal cord injury. *Health and Social Care*, 25(2.), 769-779. <https://doi.org/10.1111/hsc.12370>

Hjeltnes, N. (2015). Ryggmargsskade. I R. Bahr (Red.), *Aktivitetshåndboken; Fysisk aktivitet i forebygging og behandling* (3. utgave, s. 523-536). Bergen: Fagbokforlaget.

Håkonsen, K., M. (2018). *Psykologi og psykiske lidelser* (5. utgave). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N., J. (2011). Stress og mestring. I Skaug, E. -A. (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener og livsutfordringer* (2. utgave, bind 3, s. 133-196). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N., J. (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I Skaug, E. -A. (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2. utgave, bind 1, s. 207-280). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Landsforeningen for ryggmargsskade (2012). *ABC om ryggmargsskade for helsepersonell*. Hentet fra: <http://www.lars.no/showfile.ashx?fileinstanceid=80ce8b93-54d3-411d-9190-afa4d2c9b20e>

Støren, I. (2013). *Bare søk!: Praktisk veiledning i å skrive litteraturstudier* (2. utgave). Oslo: Cappelen Damm AS